

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE MAMMAIRE PRIMITIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Avril 1921

PAR

Georges SUBRA

EX-ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)

Né à Béziers (Hérault), le 3 Avril 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE MAMMAIRE PRIMITIVE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE MAMMAIRE PRIMITIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Avril 1921

PAR

Georges SUBRA

EX-ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)

Né à Béziers (Hérault), le 3 Avril 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique		GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales		LISBONNE.
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale		N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	}	N...
		DUCAMP.
Clinique chirurgicale		VEDEL.
Clinique obstétricale		TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique		VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants		MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		TRUC.
Clinique gynécologique		BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ESTOR.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE ROUVILLE.
		MOURET.
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	}	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Stomatologie		WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.)			CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, <i>président</i> .		MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.		LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR AINÉE

PROFESSEUR DE LETTRES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE DE FONTENAY-AUX-ROSES

Faible témoignage de ma grande affection.

G. SUBRA.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

A. GALIBERT

ÉTUDIANT EN DROIT

SOLDAT DE 2^e CLASSE

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE ET DE LA CROIX DE GUERRE

J. ROQUES

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

MÉDECIN AUXILIAIRE D'INFANTERIE

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE ET DE LA CROIX DE GUERRE

H. BERTRAND

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE MILITAIRE DE SAINT-CYR

LIEUTENANT D'INFANTERIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

G. SUBRA.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Qui demeurent pour moi le vivant
exemple du devoir.*

A MA SŒUR CADETTE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

SURTOUT A CEUX MORTS POUR LA FRANCE

G. SURRA.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE NANCY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLIN

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MEYER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A TOUS LES PROFESSEURS

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS
ET MÉDECINS DES HOPITAUX DE LA VILLE
DE BÉZIERS

Je dédie ce modeste travail.

G. SUBRA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MON JURY DE THESE

G. SUBRA.

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir ce dernier acte de scolarité, nous nous plaisons à évoquer, dans une même pensée de reconnaissance, l'image de nos maîtres auxquels nous devons tant.

Le souvenir de tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy et de Monsieur le professeur Lucien, en particulier, chargé du cours d'anatomie, demeurera toujours vivant en nous.

Le professeur Lucien fut, dès le début de nos études anatomiques, si arides au jeune étudiant, un maître écouté dont la science n'avait d'égale que la bonté.

Patiemment, il nous aida à franchir les premières étapes et son cours, des plus fréquentés, prouvait bien que ses efforts étaient compris.

En 1919, après cinq ans d'absence et après que tant de deuils se furent accumulés sur notre génération, le professeur Lucien, glorieux blessé de la grande guerre, résolut de nous faire reprendre le cours de nos études si brusquement interrompues.

Il le fit avec un tact et une douceur infinis, en homme qui a suivi les durs moments du médecin auxiliaire et qui comprenait combien notre ardeur intellectuelle avait été ébranlée.

Ses efforts n'ont pas été vains et nous lui en conservons une très vive reconnaissance.

Ils furent poursuivis avec les mêmes idées par nos Maîtres de la Faculté et dans les Hôpitaux de Montpellier. Le même accueil bienveillant nous fut témoigné et le même intérêt porté à nos études.

Personnellement, Monsieur le professeur Forgue, professeur de clinique chirurgicale, contribua pour une large part à parfaire notre éducation scientifique. Ses leçons magistrales, très documentées, lumineuses entre toutes et sa maîtrise d'opérateur, nous firent rapidement comprendre la haute autorité et le renom universel qui l'entourent.

Et quel souci de ménager jusqu'à l'extrême limite la santé des malades qui lui sont confiés!

Nous avons pu l'apprécier dernièrement dans une consultation où la fatalité menaçait les jours d'un jeune garçon: le chirurgien et l'homme luttaient en lui et nous ne savions lequel admirer davantage du premier responsable d'une existence, ou du second tenant à conserver la validité d'un membre fortement menacé!

Nous devons beaucoup à Monsieur le professeur Forgue et nous le prions de croire à notre très respectueuse et très vive gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE MAMMAIRE PRIMITIVE

HISTORIQUE

Dans les traités d'anatomie pathologique, il est réservé pour chaque portion du corps humain, un chapitre relatif à la tuberculose. Cette maladie a donc des manifestations très vastes et il n'est pas surprenant que les savants aient signalé depuis longtemps ses effets sur la glande mammaire.

Cependant jusqu'en 1881 la rareté des cas et l'incertitude des études anatomo-pathologiques laissaient un doute. Dubar, le premier, prenant pour bases les observations publiées jusqu'à lui et quelques-unes inédites, détruisit l'affirmation de Cornil, Ranvier et Virchow en France, de Billroth et Luecke en Allemagne qui niaient l'atteinte possible de la glande mammaire par la tuberculose.

Il eut le mérite de tirer des travaux épars de Cooper, Velpeau, Nélaton, Bérard, pour ne citer que les principaux, un tout bien individualisé qui classa définitivement

la tuberculose mammaire primitive parmi les entités morbides nettement définies.

Depuis cette date, les travaux se sont multipliés d'autant plus que le bacille tuberculeux fut découvert en 1882 : la même année Ohmacker réussit l'inoculation au cobaye du pus d'un abcès froid mammaire.

Les savants français contribuèrent particulièrement à l'étude de cette maladie :

Sabrazès et Binaud apportèrent l'aide si précieuse des connaissances histologiques ; Pierre Delbet, dans son *Traité de Chirurgie*, Leudet (de Rouen), Gaudier et Péraire, Rémy et Noël, Campenon, Souplet, Coudray et d'autres encore vinrent par des thèses ou des communications multiples, confirmer peu à peu les théories admises par l'apport de cas nouveaux dûment vérifiés. En 1904, Anspach, en un mémoire demeuré célèbre, les passe en revue.

Postérieurement à lui, nous signalerons les recherches de Brøndle en 1906, de Reynier, Hardouin, Morestin en 1907, de Stromberg et Kassagledoff en 1909, de Deawer surtout, Gallego, Gutierrez en 1914 ; de Chaput en 1917.

Mais le chemin parcouru avait été magistralement tracé par Dubar. Les travaux qui succédèrent à sa thèse vinrent seulement apporter à l'édifice commun les rectifications et découvertes nouvelles. Ses idées dans leur structure intégrale sont encore admises après quarante ans ; c'est le meilleur hommage que l'on puisse rendre à son travail.

ETIOLOGIE

La tuberculose mammaire primitive est surtout une affection de la femme: 53 cas sur 64 observations relevées par Carrel et Brøndle; chez l'homme cette maladie est exceptionnelle sans doute en raison du volume réduit de la glande.

C'est une forme rare de la diathèse tuberculeuse qui se rencontre, d'après Deawer, dans moins de un pour cent de toutes les affections de la mamelle. Un seul côté est atteint dans la grande majorité des cas; parfois les deux (Albertin et Walther).

Il fut longtemps admis sous l'impulsion de Carrel qu'elle frappait avec prédilection les femmes entre 20 et 30 ans, mais une évolution s'est produite qui a modifié cette assertion. En particulier les cas signalés par Deawer portent sur 45 malades âgés de 14 à 64 ans. Il est admis également aujourd'hui que la grossesse et la menstruation influent très peu sur son apparition.

Le traumatisme n'est invoqué que dans 5 cas sur 89 et les mastites antécédentes demeurent l'exception.

Il importait de connaître si la tuberculose mammaire était isolée ou non, le poumon étant l'organe le plus souvent lésé en second lieu. Maudry et Carrel affirmaient que 50 p. 100 des femmes atteintes de cette maladie étaient des phthisiques. C'est là une loi par trop absolue. Scott ne

découvrit par un seul cas de phtisie pulmonaire sur 27 malades et Brøndle releva un seul cas de tuberculose ganglionnaire et non pulmonaire sur onze.

Signalons enfin que, dans 17 cas, dont un typique cité par Stromberg et Kassagledoff, la coexistence de cancer et de tuberculose de la mammelle fut notée.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Avant d'essayer une esquisse de la glande mammaire malade, nous estimons utile d'en tracer un schéma normal.

La glande mammaire est strictement formée par la réunion de plusieurs petites glandes en grappe, indépendantes entre elles, au nombre de quinze à vingt et appelées lobes; chacune se divise en lobules et en acini et possède un canal excréteur principal ou canal galactophore où confluent les canaux secondaires émanés des acini et des lobules.

La glande mammaire est une glande cutanée développée dans l'épaisseur du pannicule adipeux doublant la face profonde de la peau. Les vaisseaux de la région sont constitués par l'artère mammaire interne et ses collatérales avec leurs veines.

Les vaisseaux lymphatiques aboutissent pour la plupart aux ganglions du creux de l'aisselle, malgré la présence dans la paroi thoracique de l'important groupe des ganglions mammaires internes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose mammaire primitive atteint le plus souvent un seul côté. Il peut exister simultanément des tubercules dans d'autres organes : plèvre, poumon, intestin.

Si l'on examine une coupe de glande mammaire malade, on voit :

1° *À l'œil nu.* — a) Dans le tissu glandulaire des noyaux distincts, isolés, disséminés, du volume d'un grain de mil à celui d'une amande, couleur de châtaigne cuite, friables et un peu ramollis à leur centre.

b) D'autres fois, en un point limité du sein, saillant, une induration ou masse non mobile à surface bosselée.

2° *Au microscope.* — On observe les trois aspects suivants :

a) Invasion du tissu conjonctif interacineux par les cellules embryonnaires qui rongent peu à peu la paroi des acini, les effondrent et se mêlent aux cellules épithéliales.

b) La lésion arrivée à sa période d'état, les acini disparaissent remplacés par des follicules tuberculeux typiques avec des cellules géantes.

c) Au voisinage des zones envahies par la tuberculose, la glande, encore intacte, offre des lésions réactionnelles de sclérose.

La tuberculose des ganglions de l'aisselle accompagne

presque fatalement la tuberculose mammaire, dans 67 p. 100 des cas d'après Maudry et Scott; 9 fois sur 11 d'après Brøndle.

Le plus souvent, l'adénite est manifestement secondaire à l'atteinte mammaire mais il existe quelques faits bien observés où l'évolution s'est produite en sens contraire: les ganglions tuberculisés les premiers ont infecté secondairement la mamelle (König et Caminati).

PATHOGENIE

Il existe donc une infection rétrograde par voie lymphatique, mais c'est l'exception.

La théorie de l'atteinte par voie canaliculaire, comme pour les mastites aiguës, prônée par Orthmann, Verchère, Gaudier et Peraire, n'a jamais été démontrée.

Il nous paraît logique d'invoquer avec M. le professeur Forgue et la grande majorité des auteurs, l'infection par voie circulatoire ou par une érosion cutanée qui permet à l'infection de gagner les canaux galactophores et les acini (Deawer).

SYMPTOMES

Les quatre signes intéressants à considérer sont les suivants :

- 1° Tumeur indolente,
- 2° Engorgement ganglionnaire précoce,
- 3° Rétraction mamelonnaire fréquente;
- 4° Fistules.

Le début de l'atteinte est toujours obscur. La maladie peut demeurer silencieuse pendant toute la vie et n'être reconnue qu'à l'autopsie (Delbet et Le Dentu).

Le plus souvent il se forme une tumeur qui grossit peu à peu, indolore et n'attirant l'attention que par la gêne ou par de petits picotements qu'elle provoque. Parfois, la rétraction mamelonnaire seule donne l'alarme (cas de Dubreuil et de Verneuil).

Avec Dubar, on peut admettre deux types principaux :

1° Dans la forme disséminée, rare, le sein peu ou pas accru de volume, à peau saine est parfaitement mobile sur les parties profondes.

La palpation permet de sentir des nodosités indépendantes, du volume d'une noix à celui d'une amande, hérissées de granulations et fermes.

2° La forme confluyente est de par ce fait même, rapidement remarquée : le sein peut en quelques jours doubler de volume et cela sans réaction ni locale, ni générale, sauf exception (cas de Stromberg et Kassagledoff).

La palpation offre une tumeur ovoïde, limitée le plus souvent à la partie externe du sein, mobile, au début du moins, granuleuse et fluctuante si l'on a soin d'immobiliser la glande avec une main. La ponction amène un liquide purulent avec parfois des grumeaux caséeux.

En même temps les ganglions axillaires augmentent rapidement de volume avec les caractères de l'adénite tuberculeuse. Souvent se crée entre eux et la glande malade un cordon lymphatique induré, moniliforme et indolent.

Le pus éliminé par ponctions, le mamelon peut se rétracter, mais fréquemment des fistules s'établissent autour desquelles la peau est rouge et violacée. Le sein perd rapidement sa mobilité, dans 70 p. 100 des cas d'après Scott.

La marche des deux types de l'affection est lente, d'environ dix mois. Le plus souvent les tubercules des autres organes mettent fin à la vie.

En cas de survie, l'évolution se fait vers la suppuration. La glande est criblée de fistules et creusée de cavernes suppurantes. Les ganglions se comportent de même et, d'après Delbet, il arrive parfois que les ganglions tuberculisés les derniers suppurent les premiers.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic étiologique sera d'un faible secours étant donnée l'indolence de l'affection. Il permettra cependant de déceler soit une gomme syphilitique, soit une affection actino-mycosique.

Le diagnostic clinique est toujours délicat au début. Tant que le tuberculome reste dur, il présente de grandes analogies avec l'adénome, la mammite chronique, le cancer.

L'atteinte précoce des ganglions permet d'éliminer les tumeurs franchement bénignes qui respectent les ganglions, savoir: adéno-fibrome, gomme syphilitique, kyste mammaire proprement dit, tumeur polykystique de Reclus. On sait également que Letulle admet chez les tuberculeux l'existence de mammites chroniques scléreuses hypertrophiques, non tuberculeuses au point de vue des lésions.

Restent donc:

1° Le sarcome pur qui est une rareté, forme une tumeur très volumineuse, bosselée, adhérent tardivement aux téguments, à peau luisante et tendue, sillonnée de grosses veines et s'accompagnant de ganglions faciles à déceler et mous.

2° Le sarcome kystique encore moins fréquent constitue peut être la plus volumineuse des tumeurs du sein: c'est une énorme masse, à grosses lobulations, arrondies.

3° Le cancer s'accompagne d'une rétraction mamelonnaire précoce comme le fait dans un tiers des cas environ la tuberculose. Mais il conserve longtemps une allure bénigne; il est induré et immobile dès le début sur le reste de la glande.

4° Le cancer encéphaloïde a une évolution très rapide et un énorme retentissement sur l'état général.

5° En faveur de la tuberculose mammaire on peut invoquer les considérations suivantes: siège fréquent dans le segment externe de l'organe; disproportion entre la tumeur et l'adénite ordinairement plus volumineuse et d'un plus rapide développement que dans le cancer. Le ramollissement et la suppuration des ganglions sont précoces. Cependant lorsque la tumeur et l'adénopathie axillaire évoluent parallèlement ou que la première est antérieure, l'incertitude peut être grande tant que les foyers ne se ramollissent pas.

Le diagnostic bactériologique permet actuellement de trancher ces incertitudes. C'est le seul réellement certain d'après Stromberg et Kassagledoff. Ces deux auteurs, à l'appui de cette affirmation rapportent un cas où une tuberculose mammaire primitive, évolua avec de très vives douleurs pendant trois ans; extirpée, la tumeur récidiva et fut considérée comme un cancer. L'erreur ne fut reconnue qu'après un examen bactériologique qui suivit une seconde intervention plus large que la première.

On peut retrouver le bacille de Koch sur des frottis ou sur des coupes: c'est la méthode couramment utilisée dans le service de M. le professeur Forgue.

L'inoculation au cobaye n'est pas toujours positive et d'ailleurs fut très peu employée comme élément de vérification; Deawer affirme qu'elle ne fut pratiquée avec succès qu'à deux reprises entre 1904 et 1914.

TRAITEMENT

Dubar préconisait surtout un traitement palliatif local. Ce n'est que dans les cas de fistules, si l'état général le permettait qu'il conseillait l'ablation de l'organe infecté.

Mermet était d'avis d'extirper la masse malade et de tenter une réunion par première intention: il rapporte quatre succès obtenus par cette méthode.

Etant données les idées actuelles sur la tuberculose, nous estimons préférable de beaucoup d'intervenir radicalement sitôt le diagnostic posé. On pratique, comme le fait M. le professeur Forgue, l'extirpation de tout le sein et des ganglions axillaires qui en dépendent; c'est une assurance presque complète de guérison permanente.

Il va sans dire que le traitement général ne devra pas être négligé.

PRONOSTIC

Il dépend essentiellement de l'état général et de la précocité du diagnostic qui autorisent le traitement actif précoce.

Non traitée ou méconnue, la lésion croît, atteint les parois costales et cause ainsi que l'a montré Lannelongue, de la périostite et des foyers secondaires d'ostéite. Le sein à ce moment ressemble à un vaste clapier communiquant avec l'extérieur. De leur côté, les ganglions atteints se ramollissent pendant que d'autres se prennent.

L'intervention s'impose donc et elle constitue actuellement le seul moyen de guérir cette maladie.

Les résultats sont d'ailleurs probants : la mortalité post-opératoire est nulle. Si nous prenons les chiffres cités par Brøndle qui a suivi 16 malades opérés par Bruns, nous trouvons les résultats suivants :

13 guérisons et 3 décès dont deux par tuberculose pulmonaire, une seule récurrence locale.

De son côté, Lewings signale 5 guérisons stables sur 6 cas opérés.

Il faut donc en revenir des affirmations pessimistes de Delbet qui n'admettait qu'une proportion de deux guérisons sur six, soit environ 33 pour cent.

Le pronostic actuel éloigné des guérisons, atteint 93,7 p. 100 des cas et les récurrences demeurent malgré tout l'exception.

OBSERVATION

B. M..., 20 ans, entre, le 27 février 1921, dans le service de M. le professeur Forgue, pour tuméfaction du sein gauche à début remontant à cinq mois. A cette époque, la malade a vu une nodosité de la grosseur d'une petite noix apparaître insidieusement, sans douleur, dans le quadrant inféro-externe du sein. Pendant trois mois état stationnaire : pas de gêne. Depuis un mois environ, évolution plus rapide : la peau a rougi ; le mamelon s'est rétracté. La malade n'a jamais souffert, n'a jamais eu de fièvre. Donc, l'évolution fut toujours froide.

La malade ne tousse pas et dit avoir un état de santé générale excellent.

Antécédents. — A eu trois ans auparavant une pleurésie séro-fibrineuse d'abondance moyenne, n'ayant pas nécessité de ponction et qui a guéri sans laisser de trace apparente. La malade est célibataire et nullipare.

Au total, on se trouve en présence d'une jeune fille en bonne santé apparente, au teint pâle, aux muqueuses un peu décolorées, aux cheveux blond vénitien léger. .

Le sein gauche présente une tuméfaction diffuse telle que son volume égale trois fois le volume du sein droit et est un peu projeté en avant. Le mamelon rétracté est entouré d'une large zone de rougeur diffuse plus marquée à la partie supérieure. On sent une fluctuation très nette sur

toute l'étendue du sein; la glande sentie en arrière, a le volume d'une orange, de consistance inégale, tantôt dure, tantôt ramollie par endroits. La peau est adhérente, infiltrée et sur le point de céder à la partie supérieure du mamelon. La mobilité du sein sur le grand pectoral est conservée et on sent un paquet ganglionnaire nettement perceptible sur la face interne du creux axillaire.

L'examen de l'appareil pulmonaire nous révèle seulement un peu d'expiration prolongée au sommet droit. On recherche vainement quelque séquelle de pleurésie.

Le 31 janvier, il se fait une ouverture spontanée de l'abcès par un orifice situé à deux centimètres du mamelon dans le quadrant supéro-interne. Il s'écoule un pus crémeux, sans caractère net, qu'on envoie au laboratoire et on y retrouve le bacille de Koch.

Le 4 février, M. le professeur Forgue pratique l'amputation totale de la glande, avec ablation du paquet ganglionnaire mammaire externe d'un seul bloc, comme pour l'extirpation d'une tumeur maligne.

Le 5 mars, la malade quittait le service en excellent état.

La glande enlevée présentait à son centre, dans la région sous-mamelonnaire une grosse caverne des dimensions d'une petite noix sous-jacente à la région mamelonnaire et qui communique avec le point fistuleux siégeant en haut et en dehors du mamelon. La paroi de cette caverne est fongueuse, rougeâtre, d'une épaisseur de deux à trois millimètres; autour d'elle et seulement dans l'hémisphère inférieur de l'organe s'observent des granulations disséminées dans tout le parenchyme glandulaire. A la coupe de cette région, on observe une série de points opaques qui tranchent sur le fond jaunâtre rosé de la glande.

Au microscope, on voit que les fragments prélevés ont subi une infiltration leucocytaire, nodulaire, étendue à

toute leur surface. Par endroits, cette infiltration est si intense qu'on ne perçoit pas la trame conjonctive. Les acini glandulaires sont également infiltrés mais partout la membrane basale est intacte. En certains points, les nodules inflammatoires sont frappés à leur centre de dégénérescence caséuse. Enfin, deux follicules tuberculeux avec cellules géantes typiques centrales, viennent déceler la nature de cette inflammation; deux ganglions prélevés sont le siège d'une inflammation généralisée sans cellules géantes.

CONCLUSIONS

Généralement, la tuberculose mammaire primitive offre un aspect différent de celui rapporté dans l'observation. Au début, tout un segment de la glande est parsemé de petits noyaux irréguliers. Ces noyaux restent distincts ou plus souvent se réunissent secondairement en une masse unique bosselée et la suppuration se fait par petits noyaux indépendants qui se ramollissent et se fistulisent. Chez notre malade, nous avons signalé la présence d'un noyau unique occupé à son centre par une caverne qui, par un trajet très net intracellulaire avait occasionné cet abcès froid unique. Cette forme de mammite tuberculeuse est exceptionnelle.

Le diagnostic était cependant facile : âge, évolution froide de l'abcès, son indolence, la parfaite mobilité de la glande sur les plans profonds nous montrèrent qu'il y avait là une collection froide issue de la glande et non de la paroi thoracique.

Soulignons encore l'aide apportée par le laboratoire, grâce auquel le bacille de Koch a pu être décelé dans le pus envoyé; l'examen microscopique a confirmé pleinement l'examen bactériologique.

BIBLIOGRAPHIE

- DUBAR. — Tubercules de la mamelle. *Thèse de Paris*, 1881.
- DELBET et LE DENTU. — *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 101.
- OHNACKER. — *Archiv. für. Klin. Chir.*, Berlin, 1882, Bd XXVIII, p. 366.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*, 2^e édition, Paris, 1884.
- LEUDET. — *Revue de chirurgie*, 1885, p. 842.
- HABERMAAS. — *Beiträge zur Klin. Chir. von Bruns*, 1886, Band II, p. 45.
- PISKACEK. — *Medizinische Jahrbücher Wien.*, 1887, p. 613.
- CAMPENON. — *Semaine médicale*, 1888, p. 413.
- RÉMY et NOEL. — Mammite tuberculeuse récente. *Bulletin Soc. anatomique*, Paris, 1893, 5^e série, t. II, p. 412.
- SABRAZÈS et BINAUD. — *Archives de médecine expérimentale*, nov. 1894.
- GAUDIER et PÉRAIRE. — *Revue de chirurgie*, 1895, p. 768.
- ANSPACH. — Primary tuberculosis of the Breast. *Am. J. m. Sc. Phila et N.-Y.*, 1904, n. s., CXXVIII, p. 98-105.
- BRÖNDLE. — *Beiträge zur Klin. Chir.*, 1906, t. I, fasc. 1, p. 215.
- MORESTIN. — *Presse médicale*, 1911, p. 575.
- STROMBERG et KASSAGLEDÖFF. — *Roussky J. Chirurgie*, p. 667, 1909.
- HARTWELL (John). — *Revue de chirurgie*, 1909, p. 992.
- POWERS (Ch.-A.). — *Annals of Surgery*, t. XVII, n^o 2.
- DEAWER. — *Journal de chirurgie*, 1914, p. 625.
- CHAPUT. — Abscess des deux seins. *Presse médicale*, 8 mars et 22 mars 1917.
- STROMBERG et KASSAGLEDEFF. — *Roussky J. Chirurgie*, p.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 19 avril 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 19 avril 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

